

医療保障と競争政策の交錯（２）

—アメリカ医療における反トラスト法の展開—

石 田 道 彦

はじめに

第１章 医療分野への反トラスト法の適用

第１節 1975年以前における反トラスト法の適用状況

第２節 医療分野への反トラスト法の適用

第２章 医療計画と反トラスト法

第１節 連邦医療計画法と CON 規制

第２節 医療計画活動への反トラスト法の適用（以上、第64巻1号）

第３章 医療分野におけるジョイントベンチャーと反トラスト法

第１節 医療機関の統合化とジョイントベンチャー

１ 医療統合ネットワークの展開

２ ジョイントベンチャーとしての医療統合ネットワーク

第２節 医療統合ネットワークに対する反トラスト法の適用

１ Maricopa 判決

２ 医療統合ネットワークによる反競争的效果と効率性

３ 医療統合ネットワークに対する合理の原則の適用（以上、本号）

第３節 診療統合ネットワーク

小活

第４章 事業者団体による自主規制と反トラスト法

おわりに

第3章 医療分野におけるジョイントベンチャーと反トラスト法

第1節 医療機関の統合化とジョイントベンチャー

1 医療統合ネットワークの展開

医療計画など政府の規制的な手法による医療費のコントロールが頓挫した後、1980年代後半のアメリカでは、医療機関に対して徹底したコスト管理を行うマネジドケアの影響力が強くなっていた。HMOなどのマネジドケアとの契約を獲得するために、病院などの医療機関や開業医は診療費用の割引やサービス供給の効率化を余儀なくされた。また、公的医療保険(メディケア)における定額払制の導入もこのような傾向に拍車をかけることとなった。このような支払い側の圧力に対して医療機関がとった対応策が、医療統合ネットワーク(integrated healthcare networks)と呼ばれる医療供給システムの統合化であった⁽¹⁾。医療統合ネットワークは、医療機関と医療保険プランとの合併や開業医のジョイントベンチャーなど幅広い事業提携の形態を指した概念であり、IHNやIDSs(integrated delivery systems)などの略称で呼ばれることもある。このような医療機関の統合化は1990年代に入って急増することとなった。

病院や開業医が医療統合ネットワークを形成する目的には次のようなものがある。①他の医療機関との提携関係を構築する際の取引費用の縮減⁽²⁾、②ネットワークを通じた地域的な対象範囲の拡大⁽³⁾、③「継ぎ目のない」システムによる包括的な医療サービスの提供、④単一の契約に基づき多様なサービス供給を可能にすることによる医療保険プラン側への便宜の提供、⑤医療機関による資本プールの促進、⑥医療機関間での経済的リスクの共有、⑦医療保険プランとの交渉力の獲得、⑧診療統合の実現。このうち、⑥、⑦、⑧は、後述する反トラスト法上の論点とも関連するため、ここで簡単に確認しておきたい。

経済的リスクの共有

統合化がもたらす経済的なメリットのひとつは、医療保険の定額払い方式がもたらす経済的リスクを医療機関や医師の間で共有できることである（financial risk sharing）。ここでいう経済的リスクとは、実際の診療に要した費用が保険者の事前に設定した支払額を超過した場合に、医療機関や医師の側が経済的な負担を負わされることを意味している。例えば、ある医療統合ネットワークがHMOなどのマネジドケアとの間で人頭払い方式（capitation）による医療供給契約を締結した場合、サービスの提供に対する報酬はネットワークに支払われたのち、ネットワークに加入する医療機関に配分されることになる。このような方式をとることにより、医療機関の診療費用が所定の基準額を超えた場合であっても、当該ネットワークの内部で経済的な負担が分散されることになる⁽⁴⁾。

医療保険プランに対する交渉力の獲得

医療統合ネットワークを形成することにより、開業医たちはHMOなどの医療保険プランに対してネットワークを通じて価格交渉を行い、医療供給契約を締結することが可能となる。ネットワークを媒介とせずに開業医たちが集団で価格を設定し、医療保険プランと価格交渉を行う場合、このような活動は価格カルテルとみなされる。このように、医療統合ネットワークへの参加による交渉力の獲得は、開業医がネットワーク組織を形成する重要な動機となっている。

診療統合

医療統合ネットワークの中には、上記のような経済的リスクの共有だけでなく、ネットワークを通じてEBM（エビデンスに基づく医療）の実施や新規の情報技術の導入、これらのシステムの導入に必要な費用の節減、医師や医療従事者に対する再教育を図るものがある。このように、主として診療面での事業提

携を目的としたネットワークの形態は、診療統合(clinical integration)と呼ばれる。1996年に連邦取引委員会と司法省が合同で公表した医療分野での反トラスト法ガイドラインでは、診療統合を実施するネットワーク組織に対する反トラスト法の適用方針が追加された⁽⁵⁾。

2 ジョイントベンチャーとしての医療統合ネットワーク

医療統合ネットワークには水平統合(horizontal integration)と垂直統合(vertical integration)と呼ばれる形態がある。前者が病院や開業医など同種の医療機関の間で形成されるネットワーク組織であるのに対して、後者は医療保険プランと病院、医師グループと病院など異なった医療提供組織の間での事業提携に基づくネットワーク組織を指している⁽⁶⁾。

水平統合の代表的な形態として、Independent Practice Association(IPA)がある。IPAは、会員である医師のために医療保険プランと交渉を行い、サービス供給契約を締結する。HMOなどの医療保険プランはIPAに対して人頭払い方式で診療報酬を支払っており、IPAは独自に設定した診療報酬表に基づいてこうした報酬を出来高払い方式で会員に配分する。このほかに、IPAは、診療行為の適切性に関する利用審査(utilization review)や薬剤・備品の共同購入を行っており、これらの業務を通じてネットワークによる診療活動の集中化と標準化を図っている。IPAには開業医やグループ診療に所属する医師が加入しており、これらの医師が複数のIPAに加入する場合も少なくない。こうした医師たちは、IPAによる事業提携関係の以外の場面では競合する関係にある。

垂直統合による医療統合ネットワークの代表的な形態として、Physician-Hospital Organization(PHO)がある。PHOは、病院での入院医療サービスと医師による診療サービスを一体的に提供することを目的とした組織であり、病院と医師の集団から構成されている。典型的なPHOは病院によって設立されるものであり、病院での利用資格をもつ医師との間でネットワーク組織が形成されている。医師によるネットワーク組織(IPAなど)と複数の病院によって形成

される PHO もみられる。PHO は、ネットワークに加入する病院や医師のために HMO などの医療保険プランとサービス供給契約を締結し、利用審査やサービスの質の管理に関する業務を行う。

医療統合ネットワークには、医療保険プランと医療機関がひとつの組織に統合されたもの (corporate integration) から、医療機関や医師が契約により提携関係を形成するもの (contractual joint venture arrangement) まで多様な形態がみられる⁽⁷⁾。このうち、IPA や PHO のようなネットワーク組織は、医療分野におけるジョイントベンチャーとしてとらえることができる。一定の目的に基づく事業者間での共同事業であるジョイントベンチャーは、市場 (独立した事業者が競争関係にある。) と階層型組織 (事業者の完全な統合) との中間的な形態といえる⁽⁸⁾。医療統合ネットワークに参加する医療機関は、ジョイントベンチャーによる共同事業においてはひとつの組織として活動するが、共同事業以外の場面では競争関係にある。

このようなジョイントベンチャーとしての医療統合ネットワークに対する反トラスト法の適用のあり方は、医療供給システムにおける「市場」と「組織」の役割及びその境界設定のあり方という本稿の関心からみて興味深いものである。反トラスト法は、一定の共同事業を行う医療統合ネットワークに対しては競争促進的であるとの評価を与えて、当該ネットワークの形成・存続を認めている。しかし、反競争的効果が高いと判断されたネットワーク組織に対しては、同意判決を通じて組織や事業の形態に修正を求める、あるいはネットワーク組織を解消させるといった対応がとられることとなる。このような判断を導く諸要素を検討することが本章の目的である。以下では、ジョイントベンチャー型の医療統合ネットワークを対象に検討をすすめる。

第2節 医療統合ネットワークに対する反トラスト法の適用

1 Maricopa 判決

ジョイントベンチャーとしての医療統合ネットワークを検討するにあたって、はじめに1982年の Maricopa 郡医師会事件連邦最高裁判決をとりあげる⁽⁹⁾。これは、診療報酬の上限価格を定めた医療供給組織の協定が価格協定にあたりとされた事件である。この組織は医師によるジョイントベンチャーとしてとらえることが可能であったため、本判決は、医療関連のジョイントベンチャーに対する反トラスト法の適用に影響を与えることとなった。

[事実の概要と判旨]

アリゾナ州フェニックスの Maricopa 郡医師会は、同郡の約70%の医師が会員となる Maricopa 医療基金を設立した。Maricopa 医療基金は、会員である医師が請求可能な料金の上限額を定めた診療報酬表(schedule of maximum fees)を会員間の協定として作成した(以下、「本件協定」という。)。同基金が承認した医療保険プランの加入者が、会員である医師から診療を受けた場合には、この診療報酬表を適用した支払いがなされることになっていた⁽¹⁰⁾。1978年、アリゾナ州は、本件協定がシャーマン法1条に違反する当然違法の価格協定であるとして Maricopa 郡医師会と Maricopa 医療基金を提訴した。地方裁判所は、本件協定が当然違法(per se illegal)に該当するかを争点とした中間上訴を認容した。第9巡回区控訴裁判所は本件を全面審理で審査すべきとして当然違法の主張を退けたため⁽¹¹⁾、州当局は上訴した。

連邦最高裁において、スティーブンス(Stevens)裁判官など4名の裁判官による多数意見は、本件協定に対して当然違法原則を適用すべきであるとして原判決を破棄した。多数意見によれば、本件協定は、医師の技能や経験などに関わりなく等しく経済的利益を得ることを目的とした価格協定に該当するとされた⁽¹²⁾。

ジョイントベンチャーへの影響

この事件では、上限価格を定めた本件協定に当然違法原則を適用すべきであるかが争点とされており、判断にあたっては、先例である **Broadcast Music** 判決と本件との相違が問題となった。**Broadcast Music** 判決では、ジョイントベンチャーによって新製品（音楽作品の包括使用許諾契約）を生み出す目的で使用料を定めた協定に対して当然違法原則は適用されないとの判断が示されていたためである⁽¹³⁾。パウエル(Powell)裁判官など3名の裁判官による少数意見は、**Broadcast Music** 判決と同様に、本件協定が「新製品」の提供に必要なものである可能性を指摘し、当然違法原則の適用は適切でないと述べた⁽¹⁴⁾。これに対して、多数意見は、① **Maricopa** 医療基金は患者に医療サービスを提供しているにすぎず、新しいタイプの医療保険のような「新製品」を提供していない、② **Maricopa** 医療基金は、競合関係にある事業者が資金をプールし、利益や損失リスクを共有する仕組みをとっておらず、ジョイントベンチャーのような単一の事業組織とみなすことはできない、とした⁽¹⁵⁾。

このように、本判決は、ジョイントベンチャーがたんなる価格協定とみなされない条件として、「新製品」の開発、または資本のプールや経済的リスクの共有がなされている必要があるとした⁽¹⁶⁾。この判断基準は、その後の下級審判決や司法省・連邦取引委員会によるガイドラインにおいて用いられることとなった。1988年の *Hassan v. Independent Practice Associates* は、診療報酬の上限価格を定めた **IPA** の協定が価格協定にあたるとして争われた事件である⁽¹⁷⁾。この **IPA** では、会員医師に対する診療報酬を **HMO** より出来高払い方式で受け取っており、診療報酬の15%を「リスク留保金」として **IPA** が保管する仕組みがとられていた。判決は、このような仕組みを通じて、この **IPA** では会員医師の間で損失リスクの共有がなされていると判断し、当該協定に対して当然違法原則は適用されないとした。このほか、**IPA** による価格協定が問題とされた審判事件においても、経済的リスクの共有に着目した判断がみられる⁽¹⁸⁾。

2 医療統合ネットワークによる反競争的效果と効率性

1993年より司法省及び連邦取引委員会(以下、「反トラスト当局」という。)は、医療分野における反トラスト法適用についてのガイドラインを公表しており、現在は1996年に公表された「医療分野での反トラスト法の執行方針に関する声明(Statements of Antitrust Enforcement Policy in Health Care)」(以下、「医療ガイドライン」という。)が用いられている。この医療ガイドラインでは、医療分野における各種のジョイントベンチャーに対する反トラスト当局の適用方針が示されている⁽¹⁹⁾。また、ジョイントベンチャー全般に関連して「競争事業者間の共同活動に関する反トラスト法ガイドライン(Antitrust Guidelines for Collaborations Among Competitors)」(以下、「共同活動ガイドライン」という。)が公表されており、当局の分析枠組みが示されている⁽²⁰⁾。以下では、これらのガイドラインをおもな手がかりとして医療統合ネットワークに対する反トラスト法の分析枠組みを検討する。

(1) 医療統合ネットワークの反競争的效果

一般にジョイントベンチャーは、個々の事業者が有する技術や資源をひとつに結びつける効率的な手段であり、製品やサービスの生産コストを下げるとともに品質改善につながる点で競争促進的であると評価される⁽²¹⁾。また、ジョイントベンチャーの形成は市場に新しい競争当事者をうみだし、競争当事者を増加させることから競争促進的であるとみなされている。

しかしながら、ジョイントベンチャーは事業者の共同活動であるため、これを利用して反競争的な弊害がもたらされる可能性も有している。ジョイントベンチャーとしての医療統合ネットワークが反トラスト法上の問題を引き起こすと考えられるのは、次のような場合である⁽²²⁾。第1に、統合化による共同事業のために定められた協定が不当に競争を制限している場合である(価格カルテルや市場分割など)。第2に、医療統合ネットワークが、市場において競争関係にある医療機関や医師を過剰に取り込んでしまい(overinclusiveness)、その結

果、当該ネットワークが市場支配力を有する、あるいは競合するネットワーク組織の形成が困難となる場合である。第３に、医療統合ネットワークにおける共同事業を通じて、ネットワークに参加する医療機関が当該ネットワークの関係しない市場において反競争的行為をもたらす場合である。第４に、医療統合ネットワークがネットワークへの参加を希望する医療機関や医師との取引を拒絶する場合である（ただし、後述するように、この行為が常に反競争的となるわけではない。）

（２）共同事業による効率性の達成

反トラスト法では、競争関係にある事業者間での価格協定や市場分割協定はむき出しの取引制限(naked restraint)とみなされ、当然違法原則が適用される。しかし、医療統合ネットワークにおいて統合化された共同事業が十分な効率性をもたらしており、反トラスト法上の問題があると考えられる協定と共同事業との間に合理的な関連性がある場合には、当該協定は合理の原則による分析の対象となる。当該協定が反競争的效果を生じさせるとしても、共同事業がもたらす競争促進効果によってこれが打ち消される可能性があると考えられるためである⁽²³⁾。このように、反トラスト法上、問題とされる協定に対して、当然違法原則または合理の原則のいずれを適用するかを判断する際には、統合された共同事業の存在が重要な判断材料となる。医療ガイドラインが、効率性の達成を実現する共同事業としてあげるのは、次のようなものである⁽²⁴⁾。

経済的リスクの共有

前述のように、医療統合ネットワークにおける経済的リスクの共有により、人頭払い方式がもたらす経済的負担を分散させることが可能となる。医療ガイドラインは、経済的リスクの共有がなされる仕組みとして次のような例をあげている⁽²⁵⁾。①人頭払い方式、②医療保険プランの加入者が支払う保険料の一定割合をネットワークが受け取る仕組み、③ネットワークに支払われる報酬の一

部を共同事業で留保しておき、ネットワーク全体の費用抑制目標の達成状況に応じて医療機関に配分する仕組み、④ネットワークで設定した目標の達成状況に応じて医療機関に経済的な報奨やペナルティーを与える仕組み、⑤包括報酬(global fees)または事例包括料金(all inclusive rates)⁽²⁶⁾。医療ガイドラインによれば、IPA や PPO など医師によるネットワーク組織において経済的リスクの共有が行われる場合には、一定の市場シェアを下回るネットワークは安全圏(safety zone)にあるとみなされ、反トラスト当局は訴追を行わないとしている⁽²⁷⁾。

専門診療部門の割り当て

医療統合ネットワークに加入する医療機関の間で診療部門の割り当て(allocation)や専門分野の限定(specialization)に関する取り決めがなされ、これが競争促進的な利益の実現に結びつくと判断される場合には、こうした取り決めは合理の原則による審査の対象となる。医療ガイドラインでは、同一のネットワークに所属し、診療部門の競合する2つの病院が、統合による効率性を達成する目的で、特定の診療分野について一方の病院のみがネットワークに加入する患者(ネットワークと供給契約を結んだ医療保険プランの加入者)にサービスを提供するという合意を行う事例をあげている⁽²⁸⁾。ただし、当該ネットワークに加入していない患者について同様の取り決めを行う場合には反トラスト法上の問題が生じる可能性が高い。

高額医療設備や高度医療サービスの共同運営

高額医療設備の運用や専門性の高い医療サービスの提供を行うために病院間でジョイントベンチャーが実施される場合がある⁽²⁹⁾。こうした共同事業の例としてあげられているのは、2つの病院がそれぞれ単独で購入、運用したのでは耐用年数内にコストの回収が困難となるMRIなどの高額医療設備を共同事業によって運用するような場合である。このようなジョイントベンチャーは安全

圏にあるとみなされ、反トラスト当局は訴追を行わないとしている⁽³⁰⁾。高度の専門医療サービスのためのジョイントベンチャーについてもほぼ同様の扱いがみられる。従来、１次医療サービスと２次医療サービスのみを提供していた２つの病院が、単独では提供の困難な３次医療サービス（開胸手術など）の提供を共同事業として実施する場合には、このような活動が１次医療、２次医療のレベルで両者の競争を制限する可能性は低いとみなされる⁽³¹⁾。

３ 医療統合ネットワークに対する合理の原則の適用

以上の検討を通じて医療統合ネットワークにおける共同事業が効率性の達成をもたらすと判断される場合、合理の原則を適用した分析がなされる。この作業を通じて、反トラスト当局は、ネットワークが実質的な反競争的效果を有していないか、反競争的效果を有する場合には、共同事業のもたらす競争促進的な効率性が潜在的な反競争的效果を上回っていないかを判断する。

医療ガイドラインでは、医療統合ネットワークが競争に与える影響を判断するために、当該ネットワークの特性やネットワークが置かれた競争的環境を検討するとしている。例えば、IPAなどの医師ネットワーク（physician network）の場合、①関連市場の画定、②当該ネットワークの競争上の効果、③ジョイントベンチャーによる効率性の評価、④付随的協定に対する評価、といった手順で検討がなされる⁽³²⁾。以下では、医療統合ネットワークの反競争的效果が分析される際の主要な論点をみてゆくことにしたい。

（１）市場支配力の検討

合理の原則の適用において焦点となる問題のひとつは、医療統合ネットワークが市場支配力を有するか、すなわち、競争価格以上に価格を引上げる、又は数量・品質・サービスを低下させる力を有するか否かである⁽³³⁾。医療統合ネットワークの場合、競合関係にある医療機関や医師をネットワークに過剰に取り込むことで、このような市場支配力が生じる可能性がある。市場支配力の検討

にあたっては、当該ネットワークの関連市場の構造や、当該ネットワークに参加する医療機関や医師の規模が問題となる。これらを検討するために、はじめに関連市場の画定が行われることになる。

関連市場の画定

製品市場及び地理的市場の画定にあたって、反トラスト当局が注目するのは、医療統合ネットワークによって価格の引き上げなどがなされた場合に、問題となる医療サービスの消費者が現実にはどのような代替的サービスを利用できるかである⁽³⁴⁾。PHOのような医療統合ネットワークの場合、その性質上、複数の製品市場(product market)の画定が必要となる。例えば、2つの病院がそれぞれの医療スタッフを使ってひとつのPHOを形成した場合、①PHOが提供するサービスをひとつの「製品」としてみなす市場(PHOがHMOなどの医療保険プランと取引を行う市場)と、②PHOで提供される各医療サービスが個別に「製品」となる市場(病院の入院サービス市場、外来診療サービス市場、医師による診療サービスの市場など)を反トラスト当局は関連製品市場として想定し、上記の各市場において当該PHOが競争に与える影響を検討する⁽³⁵⁾。

市場シェアの測定

関連市場の画定に基づいて市場シェアの測定が行われる。PHOの市場シェアを測定する場合、病院の入院サービス市場(病院施設の数、病床数、患者数、収入などの指標で測定される。)や当該PHOに加入する医師の提供する専門診療サービスの市場に関して市場シェアが測定され、これに基づいて市場集中度が測定される。このPHOが上記のいずれかの関連市場において相当の市場シェアを有する場合、当該PHOは競争的水準を上回って価格を引き上げることができるとみなされる⁽³⁶⁾。

医療ガイドラインでは、IPAなどの医師ネットワーク組織の市場シェアに関して安全圏が設定されている。これによれば、排他的な医師ネットワーク(ex-

clusive network)の安全圏は20%、排他的でない医師ネットワーク(non-exclusive network)の安全圏は30%と設定されている⁽³⁷⁾。関連市場においてネットワークに加入する医師の割合がこれを下回る場合には、反トラスト当局は反トラスト法上の問題が生じているとはみなさない。

市場シェアは医療統合ネットワークの市場支配力を判断する有効な手がかりとされているが、反トラスト当局は、価格の引き上げに対応して医療保険プランが他のネットワークと契約することが可能であるか、当該ネットワークに加入する医療機関や医師がどのようなインセンティブを有しているか、などの問題を包括的に検討した上で、ネットワークが競争に与える影響を判断することになる⁽³⁸⁾。

（２）ジョイントベンチャーによるあふれ出し効果

医療統合ネットワークによる水平的な競争上の効果を検討する際には、ネットワークのあふれ出し効果(spillover)が問題となる場合がある⁽³⁹⁾。これは、ネットワークに参加する医療機関が、ネットワークでの共同事業を通じて、当該ネットワークの関係しない市場において相互に競争を制限する協定を締結する、あるいは反競争的な弊害をもたらす可能性のある情報を共有することを意味している⁽⁴⁰⁾。例えば、競合する２つの病院が共同でMRI施設を運営するためにジョイントベンチャーを設立し、この共同事業を通じて病院サービスの価格について情報交換を行う場合には、反トラスト法上の問題が生じることになる。

（３）排他的な医療統合ネットワークがもたらす効果

医療統合ネットワークが、加入者である医療機関の独自の取引を制限するという排他的な仕組みを採用している場合、ネットワークに加入する医療機関や医師は他のネットワークに加入したり、医療保険プランと個別に契約を締結したりすることができない。このために、ネットワーク組織や医療機関の間で競

争が妨げられる可能性がある⁽⁴¹⁾。市場シェアの測定でみられたように、医療ガイドラインは、ネットワークの排他性に着目しており、加入者を拘束しない非排他的なネットワークの場合、反トラスト法上の問題が生じる可能性が低いととらえている。

しかしながら、排他的な医療統合ネットワークが必ずしも反競争的效果をもたらすわけではない。排他的な仕組みをとることで、当該ネットワークが定めた診療方針に加入者である医師を従わせることや、ネットワークの成果に対するフリーライダーの発生を防止することが可能となる。また、ネットワークの規模を限定することでネットワーク間での競争が促進されることも期待できる⁽⁴²⁾。

反トラスト当局は、排他的な医療統合ネットワークの競争上の効果を検討する際には次の点に注目するとしている⁽⁴³⁾。①排他的なネットワークに参加する医療機関や医師の市場シェア。②排他的な仕組みが有するさまざまな条件(当該仕組みが存続する期間、医療機関が当該仕組みから離脱する能力や経済的インセンティブの有無など)。③当該ネットワークと他のネットワークとの間で効果的な競争が生じるために必要な医療機関の数。④問題とされる排他的な仕組みを正当化する理由。

垂直的な効果をもつ排他性

ある医療統合ネットワークがひとつの市場において排他的な仕組みをとることで、他の市場での競争を制限する効果をもたらす場合、このような排他的な仕組みの垂直的な効果が問題となる⁽⁴⁴⁾。例えば、ある PHO が関連市場において高い割合を占める外科医との間で他のネットワーク組織とは契約しないという排他条件付契約を結ぶ事例をあげることができる。このとき、HMO などの医療保険プランが当該市場に残された外科医と契約するだけでは、この PHO に対抗するだけのネットワーク組織を形成することができず、新たに外科医を当該市場によべない場合には、医療保険プランは、この PHO を利用せざるを

得ない。このような状況におかれた医療保険プランは、自らが希望する価格や技能をもった外科医の集団を市場から調達できないことになる。このような排他的な仕組みは、外科医間での競争(水平的効果)と医療保険プラン間での競争(垂直的効果)の両方を制約する可能性が高いとされる⁽⁴⁵⁾。

（４）医療統合ネットワークによる特定の医療機関の排除

医療統合ネットワークが特定の医療機関や医師に対してネットワークへの加入を拒絶することは、違法な取引拒絶(boycott)にあたると主張される場合がある。しかし、PHOやIPAなどがネットワーク組織を形成する際には、一定の基準を満たした医療機関や医師との間で契約を締結することが一般的である。サービスの質や費用対効果の観点から医療機関や医師を選別する仕組みを用いることで、ネットワークは、患者へのサービスを向上させ、競争力を高めることが可能となる。前述のHassan判決では、IPAの会員であった原告は過剰な診療行為を行っていたとされ、IPAからの原告の排除はIPA全体の効率性を向上させると判断されている⁽⁴⁶⁾。また、ネットワーク加入の医療機関や医師に一定数の患者を確保することができるため、サービスの価格を引き下げるとともに、ネットワークによる品質管理に医療機関や医師を従わせることも可能になるとされている。以上のような理由から、医療ガイドラインにおいても、ネットワークによる医療機関の排除は競争促進的となる場合があると評価されている⁽⁴⁷⁾。

反トラスト当局による分析においては、医療統合ネットワークによるこうした活動が市場での競争に及ぼす効果が問題となる。関連市場において同様のサービスを提供するネットワークが存在する場合には、ネットワークが、一定のルールにもとづいて特定の医療機関や医師に対して加入を制限したとしても、反トラスト法上、問題となる可能性は低いと考えられている。しかし、当該ネットワークに加入できなくては医療機関が有効に競争を行うことができないような状況では、ネットワークによる加入制限の方針に競争促進的な根拠が

あるかが問題となる⁽⁴⁸⁾。

(5) 反競争的弊害と競争促進的利益との比較

以上の検討をもとに、反トラスト当局は、医療統合ネットワークが有する潜在的な反競争的效果と競争促進効果を比較する。反競争的效果が存在する場合であっても、ネットワークにこれを上回るだけの効率性の達成が見込まれるか否かが検討されることになる⁽⁴⁹⁾。医療ガイドラインでは、当該ネットワークが有する反競争的效果が大きくなるほど、ネットワークがもたらす効率性も大きくなければならないという、いわゆるスライディング・スケールの採用が示されている。また、競争制限的でない手段を用いて同等の効率性を達成できる場合には、効率性の主張は認められない⁽⁵⁰⁾。

反トラスト当局は、分析の対象となる効率性を「当該ネットワークの運用によって消費者に低価格と高品質をもたらす最終的な効率性(net efficiencies)」としている。これは、効率性の達成によりもたらされる利益が消費者に移転するものであると同時に、効率性達成のためのコストを差し引いた後に残る利益が反競争的弊害との比較の対象になることを意味すると考えられる。

医療ガイドラインは、PHO や IPA などの医療統合ネットワークがこのような効率性を達成する手段として、「経済的リスクの共有」や「診療面での統合」をあげている。これに加えて、コスト管理の改善やケースマネジメント、品質管理、規模の経済の実現、運営管理費用や取引費用の縮小など幅広い範囲でのコスト節減を効率性の評価にあたって検討するとしている。また、高度の専門医療サービスに関するジョイントベンチャーでは、医療スタッフのトレーニングのための費用負担を広く分散させることや、特定の医療機関において難易度の高い手術(心臓手術など)が数多く実施され、経験や技術が蓄積されることで安全性や医療の質が向上することも効率性の内容に含められるとしている。このように、医療ガイドラインは効率性の内容をかなり広範にとらえているといえる⁽⁵¹⁾。しかし、これらの効率性を反競争的效果と比較する具体的

な方法については言及していない⁽⁵²⁾。

（６）付随的協定の検討

最後に、反トラスト当局は付随的協定(collateral agreement)の有無を検討する。ここでは、ジョイントベンチャーが、不当に競争を制限し、ジョイントベンチャー本来の目的とは関係のない付随的協定を含んでいないかが検討される⁽⁵³⁾。こうした付随的協定の検討は、医師によるネットワーク組織やその他のジョイントベンチャーが安全圏内にあると判断された場合にも行われる⁽⁵⁴⁾。

比較的わかりやすい例として、ここでは、高度のがん治療に関する病院間でのジョイントベンチャーにおける付随的協定の例をみておきたい。ジョイントベンチャーに参加する病院が、がん患者に対する放射線治療の価格だけでなく、すべての放射線治療についての価格を取り決めたような場合、がん患者以外の患者に対する放射線治療の価格を定めた協定は、当該ジョイントベンチャーによる効率性の達成にとって合理的にみて必要のないものである。ジョイントベンチャー自体には問題がないものの、この付随的協定には反トラスト法上の問題があると判断される⁽⁵⁵⁾。

(1) See BARRY R. FURROW ET AL., HEALTH LAW 907 (5th ed., 2004); 2 JOHN J. MILES, HEALTH CARE & ANTITRUST LAW § 13.1 (1995).

(2) See Robert F. Leibenluft & Tracy E. Weir, Clinical Integration: Assessing the Antitrust Issues, in HEALTH L. HANDBOOK § 1.12 (A. G. Gosfield ed., 2004).

(3) 以下については FURROW ET AL., supra note 1, at 907 を参照。

(4) このような経済的リスクの共有により、所定の基準額に費用をおさえるという人頭払い方式がもたらすインセンティブは弱くなる。See Thomas L. Greaney, Managed Competition, Integrated Delivery Systems and Antitrust, 79 CORNELL L.J. 1507, 1532 (1994).

(5) U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE AND FEDERAL TRADE COMMISSION, STATEMENTS OF ANTITRUST ENFORCEMENT POLICY IN HEALTH CARE (1996) [hereinafter HEALTH CARE GUIDELINES]. 診療統合については第３節で検討する。

- (6) 2 MILES, *supra* note 1, § 15 A.2 (1995); FURROW ET AL., *supra* note 1, at 906-11; Greaney, *supra* note 4, at 1516-21.
- (7) 医師による水平統合型のネットワーク組織として Preferred Provider Organization (PPO) がある。PPO は会員である医師が医療サービスの供給を行う組織であるが、IPA とは異なり（通常よりも割引された）出来高払い方式で医療保険プランと契約を締結するものが主流をしめる。保険会社が設立するタイプの PPO もあり、PPO の加入者は追加的な費用を支払うことで PPO のネットワーク外の医師による診療を受けることが可能となる。このため、HMO と比較して、加入者にとって医療機関の選択の幅が拡大したタイプのマネジドケアとして位置づけられることが多い。このほかにも、医療統合ネットワークとして Group Practice Without Walls (GPWW)、Medical Services Organization (MSO)、Physician Practice Management (PPM) などがある。これらについては注（6）にあげた文献を参照。
- (8) See Joseph F. Brodley, Joint Venture and Antitrust Policy, 95 HARV. L. REV. 1521, 1527 (1982).
- (9) Arizona v. Maricopa County Medical Society et al., 457 U.S. 332 (1982).
- (10) このほかに、医療基金は、診療内容の適切性の審査、会員への診療報酬の支払いを業務としていた。Id. at 339.
- (11) 643 F.2 d 553 (1980).
- (12) 457 U.S. at 348.
- (13) Broadcast Music, Inc. v. Columbia Broad. Sys., 441 U.S.1 (1979).
- (14) Maricopa, 457 U.S. at 364.
- (15) Id. at 356-57.
- (16) 上限価格協定を当然違法とした Maricopa 判決に対しては批判的な見解がみられる。See 13 HERBET HOVENKAMP, ANTITRUST LAW: AN ANALYSIS OF ANTITRUST PRINCIPLES AND THEIR APPLICATION 148-150 (1999) (上限価格を定めた協定が、①購買者が商品の購入時において価格の比較を行うことができない、②購入前に誰が最適の売り手であるかを知らない、という 2 つの条件を満たす場合には、競争促進的である可能性が高く、合理の原則の適用が求められる。Maricopa 事件はこの 2 つの条件を満たしていた。).
- (17) 698 F. Supp. 679 (E.D. Mich. 1988).
- (18) Southbank IPA, 114 F.T.C. 783 (1991) (consent order); Preferred Physicians, Inc., 110 F.T.C. 157 (1988).
- (19) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5. 医療ガイドラインは全部で 9 つの適用方針からなるが、このうち、5 つがジョイントベンチャーを扱ったものである（「声明 2 ハイテク機器その他の高額医療設備に関する病院間でのジョイントベンチャー」、「声明 3 専門的診療その他の高額医療サービスに関する病院間でのジョイントベンチャー」、「声明 7 医療機関による共同購入の仕組み」、「声明 8 医師ネットワークによるジョイントベンチャー」、「声明 9 医療供給者ネットワーク (multiprovider networks)」)。

- (20) FEDERAL TRADE COMMISSION AND U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, ANTITRUST GUIDELINES FOR COLLABORATIONS AMONG COMPETITORS (2000), [hereinafter COLLABORATION GUIDELINES].
- (21) Id. § 2.1.
- (22) 2 MILES, *supra* note 1, § 13.1.
- (23) 医療ガイドラインは、この点について次のように述べている。

「一般的な反トラスト法上の原則と同じく、ネットワークによる医療機関の統合が消費者の利益となる十分な効率性をもたらす可能性があり、ネットワーク加入の医療機関による価格協定（又は、通常であれば当然違法となるその他の協定）がこうした効率性を実現するために合理的にみて必要なものである場合、当該ネットワークは合理の原則によって評価され、当然違法とはみなされないであろう。」 HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (A). See also COLLABORATION GUIDELINES, *supra* note 20, §§ 3.1-3.2.
- (24) 後述するように、医療ガイドラインでは、医師によるネットワーク組織においては、経済的リスクの共有を伴わない診療面での共同事業（診療統合）も十分な効率性を生み出すとしている。 HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B) (1).
- (25) Id. Statement 8 (A) (4), Statement 9 (A) (1)-(4).
- (26) 複数の専門領域にわたる治療や集中的な治療を患者に提供し、診療費用が事前に設定された額を超過した場合に経済的調整を行う仕組みとされている。 Id. Statement 9 (A) (4) n.50.
- (27) Id. Statement 8 (A) (1) (2).
- (28) Id. Statement 9 (A).
- (29) Id. Statement 2, Statement 3.
- (30) Id. Statement 2 (A).
- (31) Id. Statement 3 (A).
- (32) Id. Statement 8 (B) (2). 反トラスト当局による訴追の判断にあたって、このような検討項目がすべて検討されるわけではない。医療統合ネットワークが、排他的な方針をとっておらず、各関連市場において当該ネットワークに加入する医療機関の割合が低い場合には、反トラスト当局は、当該ネットワークが反競争的效果をもたらす可能性は低いと判断する。 Id.
- (33) See COLLABORATION GUIDELINES, *supra* note 20, § 3.3.
- (34) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (1). 関連市場の画定に際しては、反トラスト当局による水平合併ガイドラインが参照される。 See U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE AND FEDERAL TRADE COMMISSION, HORIZONTAL MERGER GUIDELINES (1992).
- (35) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (1).
- (36) Id. Statement 9 (B) (2) (a). 例えば、外科医の大半が特定のネットワーク組織に加入している場合、当該ネットワークは外科治療サービスの市場において市場支配力をもつことが可能となり、ネットワークに加入する外科医たちはサービスの価格を引き上げることができる。

- (37) *Id.* Statement 8(A). 排他的なネットワークとは、ネットワークに加入する医師が他の医療統合ネットワークや医療保険プランと個別に契約を結ぶことが実質的に制限されているネットワークを指している。他方、排他的でないネットワークでは、加入医師は他のネットワークや医療保険プランと自由に契約を結ぶことができる。PHOのように病院が参加するネットワーク組織に関しては安全圏は設定されていない。
- (38) *Id.* Statement 9 (2) (a).
- (39) *Id.* Statement 2 (B), Statement 3 (A), Statement 8 (B) (2), Statement 9 (B) (2) (a).
- (40) 2 MILES, *supra* note 1, § 13.5.
- (41) 医療統合ネットワークが明示的に排他的な仕組みを採用していなくても、医療機関が当該ネットワークを通じてのみ取引を行っている場合には、反トラスト当局や裁判所は、ネットワーク参加者の間での排他的な協定の存在を推測することがある。COLLABORATIONS GUIDELINES, *supra* note 20, § 3.34 (a); HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (A) (3), Statement 9 (B) (2) (a). 反トラスト当局は、ある市場において医療統合ネットワークが排他的ではないかを判断するにあたって、次の点を検討するとしている。①競争相手となる他の医療統合ネットワークやマネジドケアが現時点で市場に存在している。②当該ネットワークに加入する医療機関が、実際に他のネットワークやマネジドケアと個別的に契約を締結している、あるいは、これらの医療機関がそのようなインセンティブを有することを示す証拠がある。③当該ネットワークに加入する医療機関が他のネットワークやマネジドケアプランとの個別契約を通じて相当の収入を得ている。④当該市場に他の医療統合ネットワークやマネジドケアプランが実質的に参入できないことを示す指標が存在していない。⑤当該ネットワークに加入する医療機関の間で、他の医療統合ネットワークやマネジドケアに参加する条件として価格やその他の重要な条件に関して協調がなされたことを示す指標が存在しない。*Id.* Statement 9 (B) (2) (b).
- (42) Leibenluft, *supra* note 2, § 1.20; Greaney, *supra* note 4, at 1536-37.
- (43) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (2) (a).
- (44) See Greaney, *supra* note 4, at 1540-43.
- (45) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (2) (b).
- (46) Hassan, 698 F. Supp. at 679.
- (47) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (2) (c); Greaney, *supra* note 4, at 1540.
- (48) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (2) (c).
- (49) COLLABORATIONS GUIDELINES, *supra* note 20, § 3.37.
- (50) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (B) (3).
- (51) 「共同活動ガイドライン」では、効率性の立証および数量化は難しいことを認めながらも、ジョイントベンチャーがもたらす効率性は、反トラスト当局にとって「認識可能な」ものでなければならないとしている。ジョイントベンチャー参加者は、効率性が生じる蓋然性と規模、効

率性達成の時期、達成に必要なコスト、効率性の向上による参加者の競争能力増進の程度、関連協定の必要性などを反トラスト当局に示す必要があるとしている。COLLABORATIONS GUIDELINES, *supra* note 20, § 3.36 (a).

- (52) 医療分野における反トラスト法の効率性評価の問題点については、Thomas L. Greaney, *Regulating for Efficiency in Health Care through the Antitrust Laws*, 1995 UTAH L. REV. 465.を参照。
- (53) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B) (2).
- (54) *Id.* Statements 8 (B) (2) n.41.
- (55) *Id.* Statement 3 (A).

（付記）本稿は2005年度科学研究費補助金（若手B）による研究成果の一部である。